南京市江宁医院

医用耗材论证会需求材料目录

欢迎生产企业、经营企业以及潜在供应商前来我院介绍产品及服务方案、提交相关资料。有意向者必须提供符合我院要求的报名材料，并**保证所提供的各种材料真实、有效、齐全，承担相应的法律责任**，**请按下列顺序装订(以下所提供材料都作为最后评分依据)**：

1、封面：所投产品项目编号、产品注册证名称、规格型号、生产厂家（品牌）、注册证号、供应商名称、联系人姓名、联系方式、邮箱；

2、报价表：附件1。如产品不在标需提供报价依据附后（优先选择各三甲医院的供货发票）；

3、产品资质：产品注册证（产品注册证并附一份查询注册证时的药监部门网站截图，不作为医疗器械管理产品，需提供国家药监部门发文依据，加盖公章）；

4、生产厂家全套资质（营业执照、生产许可证/一类医疗器械生产备案凭证）；

5、供应商全套资质（经营执照、经营许可证/二类器械备案凭证）；

6、产品授权书（全流程授权不可断档）；

7、公司法人身份证复印件、授权经销人员身份证复印件、法人授权书。经销经销人员在报名公司所缴纳社保证明（半年以上）；

8、论证材料真实性及购销廉洁声明承诺书（附件2）；

9、企业信用承诺书（附件3）；

10、针对论证产品，供应商提供在其他单位（优先三甲医院）合同或相关供货发票等资料；

11、产品彩页、产品说明书；

12、样品。

上述材料**正本必须加盖公司的公章**（复印公章无效），逐页扫描制作成一份pdf文件，发送至下述邮箱。副本可为复印件，参会时**要求提供正本一份，副本三份，样品若干。**会后正本留存我院，副本供应商厂家带回。

**参与论证公司需严格按照本清单内容递交报名材料，否则视为自动弃权！**

联 系 人：邢琳玉、叶佳惠

联系电话：025-52087788

联系邮箱：jnyycgk@163.com（邮件标题为所投产品项目编号+供应商名称）

附件1：

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家 | 规格型号 | 注册证号 | 供应商名称 | 南京市平台中标编码 | 南京市医保编码（CL） | 医保分类 | 医保自付比例 | 医保支付上线 | 贯标编码（27位） | 单位 | 中标价（元） | 报价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**可单独收费耗材报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家 | 规格型号 | 注册证号 | 供应商名称 | 南京市平台中标编码 | 南京市医保编码（CL） | 项目收费名 称 | 项目收费价格 | 贯标编码（27位） | 单位 | 中标价（元） | 报价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**非单独收费耗材报价单**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 序号 | 产品名称（注册证名称） | 生产厂家 | 规格型号 | 注册证号 | 供应商名称 | 南京市平台中标编码 | 南京市医保编码（CL） | 项目名 称 | 项目收费价格 | 单位 | 中标价（元） | 单人份价格（）元 | 报价（元） |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**试剂报价单**

附件2：论证材料真实性及购销廉洁声明

承诺书

南京市江宁医院：

针对贵院此次论证，我公司郑重承诺：所提供资料（以骑缝章为准）真实有效，无任何虚假成分。如有虚假，由此产生的一切后果由本公司承担。

为进一步加强医疗卫生行风建设，规范医疗卫生机构医药销售行为，有效防范商业贿赂行为，营造公平交易、诚实守信的购销环境，我公司郑重承诺并遵守：

一、我方按照《民法典》及本承诺购销各类物资及服务。

二、我方不以回扣、宴请等方式影响医院工作人员采购或使用产品的选择权，不在学术活动中提供旅游、超标准支付食宿等费用。

三、我方指定销售代表承诺在工作时间到医院指定地点联系商谈，不到住院部、门诊部、医技科室等推销产品，不借故到医院相关领导、部门负责人及相关工作人员家中访谈并提供任何好处费等。

四、我方如违反本承诺，一经发现，医院有权终止购销合同，并向有关卫生计生行政部门报告。如我方被列入商业贿赂不良记录，则严格按照《国家卫生计生委关于建立医药购销领域商业贿赂不良记录的规定》（国卫法制发[2013]50号）相关规定处理。

五、有完善的售后服务：有明确的售后服务人员组成、有应急供货措施或制度、有明确的不良事件发生后的处置方案或措施、能配合医院关于医用耗材/试剂管理的相应要求及制度。

六、本承诺作为产品购销合同的重要组成部分，与购销合同一并执行，具有同等法律效力。

公司（签章）：

年 月

年 月 日

附件3：

（请至南京市政府采购供应商诚信档案管理系统http://180.101.238.212:8280/hodeframe2018\_cxda/login.action?page=1打印《南京市政府采购供应商信用记录表暨信用承诺书》作为附件3，必须带二维码）